

## EDITORIAL

**A LÓGICA CAPITALISTA NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE<sup>1</sup>**

Mariana Guerra<sup>2</sup>      Andréa de Oliveira  
Gonçalves<sup>3</sup>

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi assegurado à sociedade na Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição, além de afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegura a sua universalidade e integralidade com o financiamento tripartite (União, Estados e Municípios) e com diversidade de fontes – estes preceitos constitucionais encontram-se reafirmados na Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990). Entretanto, a lógica com que os recursos são alocados às organizações prestadoras de serviços, bem como a forma como a rede de serviços é organizada (oferta x

demanda) não tem garantido o acesso integral ao SUS (CONILL, 2008; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Atualmente no país, segundo Fiocruz (2012), o grande peso dos gastos privados em saúde é pouco condizente com o modelo do SUS, e reflete a estrutura dominante do *mix* público-privado. Ademais, a despeito da opção constitucional por um sistema público e universal, que consideraria um modelo integral de prestação dos serviços, percebe-se a opção do governo federal pela provisão privada dos serviços hospitalares (*i.e.*, de alta complexidade) como forma de viabilizar a universalização (MARQUES; MENDES, 2002; SANTOS; GERSCHMAN, 2004). Entretanto, a superposição de uma proposta universalizante (SUS) com um sistema suplementar (de base corporativa) gera contradições na política pública de saúde brasileira (LIMA et al., 2005; SANTOS; GERSCHMAN, 2004; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Segundo Marques e Mendes (2002), a atenção básica (*i.e.*, baixa complexidade) privilegia a adoção de ações preventivas e a assistência continuada às populações assistidas e apresenta, segundo Mafra (2011), um impacto positivo nos serviços de alta

<sup>1</sup> Proposição teórica de autoria de Mariana Guerra apresentada na tese de doutoramento em Administração Pública – PPGA/UnB, sob orientação da Profa. Andréa Oliveira Gonçalves, com financiamento de bolsa-Capes.

<sup>2</sup> Professora Adjunta do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Universidade de Brasília – UnB. Doutora em Administração Pública pelo Universidade de Brasília. Email: [profamarianaguerra@gmail.com](mailto:profamarianaguerra@gmail.com)

<sup>3</sup> Professora do Programa de Pós Graduação em Gestão Pública (PPGP) da Universidade de Brasília – UnB. Doutora em Integração da América Latina pela Universidade de São Paulo. Andréa Gonçalves [andregon@unb.br](mailto:andregon@unb.br)

complexidade, no sentido de reduzir a necessidade de tratamento em que o paciente precisa ser internado ou é submetido a tratamentos prolongados. Entretanto, faltam investimentos para integralidade dos serviços (CONILL, 2008; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), em especial, para a necessidade “não reduzida” de atendimento de alta complexidade.

Nesse sentido, corroborando Fiocruz (2012), uma possível solução parte da racionalização sobre as redes de prestação de serviços como uma estratégia de organização da saúde especificamente voltada para promover a integração dos serviços, a partir da combinação entre planejamento da alocação de recursos e de tecnologias, bem como orientação da demanda para utilização da capacidade produtiva instalada local/regional. Essa lógica de alocação de recursos e reorganização da rede de prestação de serviços de alta complexidade deve ser condizente com o arranjo público-privado predominante na estrutura do sistema de saúde brasileiro (misto), em que o setor público e o privado coexistem na oferta, no financiamento, na demanda e na utilização dos serviços de saúde (LIMA et al., 2005; FIOCRUZ, 2012).

Para tanto, propõe-se a lógica capitalista para alocação de recursos aos serviços de saúde de alta complexidade, por meio da qual, os princípios da universalização e da equidade seriam, teoricamente, garantidos pelo acesso integral a todos os tipos de tratamento (baixa, média e alta complexidade) a partir da reorganização da rede de oferta de serviços, em especial, aqueles de alta complexidade. Essa lógica parte do pressuposto de que o atual modelo de alocação de recursos faz com que a oferta de serviços de saúde de alta complexidade seja incompatível com a demanda por serviços.

De forma mais pontual, entende-se que, dada as particularidades dos serviços hospitalares – aqui restritos aos de alta complexidade que, segundo Viegas e Brito (2004), utilizam intensivamente equipamentos de alta tecnologia e aqueles em que, além da utilização desses equipamentos, há internação do paciente em UTI – a alocação de recursos a esse ‘nível’ deve se fundamentar na capacidade que o setor saúde – especificamente, a rede de organizações prestadoras de serviços de alta complexidade – tem em gerar riqueza e/ou economias, e não somente na assistência à saúde. Nesse sentido, Rivera, Testa e Matus (1992) e Vecina

Neto e Malik (2011) apontam para a necessidade de intervenção do Estado como produtor e consumidor de serviços de saúde, considerando a incapacidade do setor privado de absorver toda a demanda efetiva, em termos de volume de serviços produzidos e de capital produtivo investido.

A lógica capitalista aplicada à saúde, como orientadora dessa intervenção, é definida a partir de três pontos: (i) a segmentação dos serviços de saúde; (ii) a demanda e o contexto da saúde pública brasileira; e (iii) a organização da rede de atendimento na saúde pública (oferta de serviços). A partir desses pontos e considerando o pressuposto de que a melhor orientação para realocação/redirecionamento da demanda por serviços de saúde tem lugar naquelas organizações em que há: (i) excesso de oferta (ou pouco consumo) e (ii) especialidade técnica; é possível discutir, em bases teóricas, essa nova orientação baseada em três pilares<sup>4</sup>: demanda (necessidade de

saúde) – recurso (disponibilidade de) – produção (oferta/consumo).

Para os serviços de alta complexidade (e alto custo), é necessário discutir a alternativa de maior custo-benefício e maior custo-efetividade de transferência de pacientes, haja vista que as limitações econômico-financeiras e de oferta de serviços de alta complexidade não justificam a instalação de hospitais especializados em todas as regiões demandantes desse tipo de serviço. Hospitais especializados são caros e exigem maiores investimentos e qualificação profissional, além de um volume de atendimento (escala) que justifique sua instalação (CHRISTENSEN, 2009). Esses fatores parecem inviabilizar a criação de hospitais especializados na maioria dos pequenos municípios brasileiros. Em contrapartida, é preciso haver hospitais regionais de referência em determinados tipos de tratamento. Essas organizações atenderiam às demandas das diferentes localidades do país, o que justificaria sua instalação, os investimentos e a contratação de mão de obra altamente qualificada. Adiciona-se a isso que a rede hospitalar contaria ainda com a criação de hospitais generalistas (públicos, conveniados e/ou

---

<sup>4</sup> Na análise de alocação de recursos, consideram-se três conceitos: demanda, oferta e utilização. Entretanto, os conceitos de oferta e de utilização se inter-relacionam. Por essa razão, na discussão sobre a lógica capitalista, toma-se o termo 'produção' como forma de expressar essa inter-relação entre oferta e utilização (ou consumo). Aceita-se, portanto, explicitamente, a insuficiência da capacidade produtiva da rede de prestação de serviços de alta complexidade para atender a toda a demanda por serviços, e assume-se que 'o que é ofertado, deveria ser, portanto, consumido'

contratados), necessários para atender à demanda local por atendimentos não tão específicos.

Nesse contexto, e a partir da lógica capitalista, seria possível delinear um modelo de alocação de recursos à saúde, considerando a segmentação e o perfil dos serviços de saúde, a demanda e o contexto da saúde pública brasileira, bem como a organização da rede de atendimento na saúde pública (oferta de serviços). Esse modelo, especificamente, centrar-se-ia na busca de melhor alocação de recursos aos serviços de alta complexidade, haja vista suas particularidades (*i.e.*, especializado e de alto custo, em que há necessidade de uma estrutura instalada de alta tecnologia) e o atual contexto de evolução do setor saúde – semelhante à posição de Porter e Teisberg (2007) e de Christensen (2009), Gadelha (2003) aponta que o modelo de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde está em um processo de transformação para um padrão empresarial, inclusive em casos em que o objetivo do lucro não se coloca como finalidade primordial.

Nesse sentido, ao discutir sobre a lógica de alocação de recursos aos serviços de saúde no Brasil,

especificamente aos serviços de alta complexidade, questões de planejamento da produção, de necessidade de investimentos e inovação nos serviços, de demanda referenciada e de atendimentos de urgência, bem como de segmentação da oferta de serviços, seriam os direcionadores para busca de melhorias no sistema de prestação de serviços de saúde e para o desenvolvimento de uma nova orientação para alocação de recursos: demanda (necessidade de saúde) – recurso (disponibilidade de) – produção (oferta/consumo); sendo que a disponibilidade de recursos é determinante e determinada pela demanda, oferta e consumo dos serviços produzidos.

Ao reorganizar a rede de prestação de serviços e, portanto, a oferta desses, os princípios da universalização e da equidade seriam, no plano teórico, garantidos pelo acesso integral a todos os tipos de tratamento (baixa, média e alta complexidade) – em especial, no que diz respeito àqueles de alta complexidade. Essa rede, por sua vez, responderia a uma lógica capitalista de planejamento e prestação de serviços. Assim, o Estado exerceria o seu papel intervencionista, nos moldes de sua atuação junto às grandes

indústrias produtoras. Em outras palavras, deve-se procurar, por meio de medidas incentivadoras, equilibrar a oferta de serviços a partir da relação leitos/população das regiões e, de forma mais ampla, coordenar a rede de oferta de serviços de alta especialização em nível federal. Isso porque, com base em Ocké-Reis (2010) e Gadelha (2003), diante do atual contexto do sistema de saúde brasileiro, é preciso reverter a lógica de atuação do Estado. A partir de um pensamento (lógica) que busque a competitividade do setor saúde pública, é possível manter os serviços privados de atenção à saúde, mas necessariamente aplicando-se mecanismos de subvenção estatal (*i.e.*, alocação intencional de recursos por meio, por exemplo, de incentivos governamentais).

## RESUMO

Na presente proposta, defende-se que, dada as especificidades dos serviços hospitalares (*i.e.*, alta complexidade), a alocação de recursos a esse 'nível' deve se fundamentar em uma lógica de mercado, ou capitalista – termo referente à análise da oferta e demanda

por serviços, bem como da organização da rede de hospitais públicos, conveniados e/ou credenciados ao Sistema Único de Saúde. Dessa forma, considera-se a capacidade que o setor saúde – especificamente, a rede de organizações prestadoras de serviços de alta complexidade – tem em gerar riqueza e/ou economias, e não somente à assistência à saúde. Sugere-se, mais especificamente, a discussão da questão de oferta, demanda e a segmentação do serviço de saúde no Brasil, demonstrando a necessidade de se repensar e reorganizar a rede de prestação de serviços de alta complexidade. A partir dessa proposta, entende-se que os princípios da universalização e da equidade seriam, teoricamente, garantidos pelo acesso integral a todos os tipos de tratamento (baixa, média e alta complexidade) a partir da reorganização da rede de oferta de serviços, considerando, para tanto, os pilares propostos na lógica capitalista.

Palavras-chave: saúde, hospital, alta complexidade, lógica capitalista

## ABSTRACT

In this proposal, it is argued that, given the specificities of hospital services (*i.e.*, high complexity), the allocation of resources to this 'level' should be based

on a market approach, or capitalist - a term referring to the analysis of supply and demand for services, and the organization of public hospitals, insured and/or accredited to the Brazilian Unified Health System (SUS). Thus, it is considered the capacity of the health sector - specifically, the network of organizations providing services of high complexity - has to generate wealth and/or savings, not only to health care. More specifically, it is suggested discussing the issue of supply, demand and the segmentation of the health service in Brazil, showing the need to rethink and reorganize the network to provide services of high complexity. On this basis, it is understood that the UHS's principles of universality and equity would be theoretically guaranteed by the full access to all kinds of treatment (low, medium and high complexity) from the reorganization of service delivery network, considering for both, the pillars proposed in capitalist approach. Key-words: health, hospital, high complexity, capitalist approach.

#### **RESUMEM**

En esta propuesta, se argumenta que, dadas las características específicas de los servicios de hospital (es decir, de

alta complejidad), la asignación de recursos a este "nivel" debe basarse en la lógica del mercado o capitalista - un término que se refiere al análisis de la oferta y la demanda de servicios y la organización de los hospitales públicos, asegurados y / o acreditados a la Red de Salud Unificado por lo tanto, consideramos que la capacidad del sector de la salud - en concreto, la red de organizaciones que prestan servicios de alta complejidad - tiene que generar riqueza y / o de ahorros, no sólo a la atención médica. Más específicamente, se sugiere examinar la cuestión de la oferta, la demanda y la segmentación de los servicios de salud en Brasil, que muestra la necesidad de repensar y reorganizar la red para proporcionar servicios de alta complejidad. Sobre esta base, se entiende que los principios de universalidad y equidad serían teóricamente garantizados por el pleno acceso a todo tipo de tratamiento (baja, media y alta complejidad) de la reorganización de la red de prestación de servicios, teniendo en cuenta por tanto, los pilares propuestos en la lógica capitalista.

Palabras clave: salud, hospital, alta complejidad, la lógica capitalista

#### **REFERÊNCIAS**

1. BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde*. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 02 ago. 2012.
2. CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, Sup. 1, pp. S7-S27, 2008.
3. CHRISTENSEN, C. M. *Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade*. Porto Alegre: Bookman, 2009.
4. FIOCRUZ – Fundação Oswaldo cruz. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.
5. GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015)>. Acesso em: 29 jun. 2012.
6. GADELHA, C. A.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, jan.-fev. 2003.
7. LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. *Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.
8. LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; ELDER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (org.) *Saúde e democracia – história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
9. MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 23, p. 2113-2126, 2007.

10. OCKÉ-REIS, C. O. SUS. O desafio de ser único. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 101-114.
11. PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.
12. RIVERA, F. J. U.; TESTA, M.; MATUS, C. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
13. SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, pp. 795-806, 2004.
14. VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
15. VIEGAS, M.; BRITO, R. J. A. A saúde em Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG 2004. Disponível em: <  
<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesqui>

[sas/pbh/arquivos/mod10.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/pesqui)>.

Acesso em: 29 dez. 2009.